

## Prescription de soins d'hygiène bucco-dentaire

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Établissement médico-social : \_\_\_\_\_

Chambre : \_\_\_\_\_

### Nettoyage bouche/dents/prothèse

- ... uniquement par la personne aidante
- ... avec soutien
- ... possible de façon autonome

### DIAGNOSTIC

**MAXILLAIRE** : prothèse amovible ?  oui  non

**MANDIBULE** : prothèse amovible ?  oui  non

### PRESCRIPTION

**Conservation de la prothèse la nuit** :  dans la bouche  hors de la bouche

Nettoyage des dents	Nettoyage de la prothèse
<input type="checkbox"/> Brosse à dents manuelle 2x/jour	<input type="checkbox"/> Brosse pour prothèse
<input type="checkbox"/> Brosse à dents électrique 2x/jour	<input type="checkbox"/> Eau et savon neutre
<input type="checkbox"/> Nettoyage des espaces interdentaires 1x/jour Produit : _____ Taille : _____	<input type="checkbox"/> Désinfection avec comprimés nettoyants ou de l'eau de javel diluée
<input type="checkbox"/> Dentifrice contenant du fluorure	<input type="checkbox"/> Nettoyage professionnel au laboratoire dentaire
<input type="checkbox"/> Dentifrice Duraphat 5000 ppm 1x/jour	
<input type="checkbox"/> Rinçage au fluorure ___x/semaine	
<input type="checkbox"/> Rinçage au chlorhexidine pour ___jours	
<input type="checkbox"/> Rinçage au bicarbonate 1x/jour	
<input type="checkbox"/> Gratte langue 1x/jour	

**Sécheresse buccale :**  bain de bouche/spray buccal  gel  autres

Nettoyage dentaire professionnel tous les \_\_\_\_\_ mois

Prochain contrôle de santé bucco-dentaire : \_\_\_\_\_

Particularités :	
Nom et adresse : Médecin-dentiste traitant : Courriel/numéro de téléphone : Tampon :	
Date et signature :	